

LES PLAIES DU RECTUM

PAR

PROJECTILES DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1919

PAR

Philippe CHIAPPINI

Né à Murzo (Corse) le 29 Novembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU. professeur		
		RICHE, agrégé		
		ETIENNE, agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LES PLAIES DU RECTUM

PAR

PROJECTILES DE GUERRE

LES PLAIES DU RECTUM

PAR

PROJECTILES DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1919

PAR

Philippe CHIAPPINI

Né à Murzo (Corse) le 29 Novembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé }

Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⊗)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⊗).
Microbiologie.....	N. . .
Pathologie interne.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O*) a.l. (ch. dec.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, * ⊗, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON * (⊗) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVILLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ⊗).	J. DELMAS (⊗).	PECH * (ch. d'agr. j.)
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur, <i>président</i> .	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE BIEN-AIMÉ

JEAN-BAPTISTE CHIAPPINI

CAPORAL AU 27^e BATAILLON DE CHASSEURS ALPINS
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

P. CHIAPPINI.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CHÉRI

PIERRE CHIAPPINI

MORT AU SERVICE DE LA FRANCE

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS CHÉRIES

FRANÇOISE ET ELISABETH

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE TANT REGRETTÉ

L'ABBÉ ALTIBELLO-BENOIT CHIAPPINI

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

JOSEPH-ANTOINE LUCIANI

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

JEAN CHIAPPINI

A LA MÉMOIRE DE MA GRANDE-TANTE

MADELEINE CHIAPPINI

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS

JEAN-LUC, FRANÇOIS et JOSEPH SABIANI

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

P. CHIAPPINI.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Pour tous les sacrifices qu'ils se
sont imposés pour moi. Bien faible
témoignage de mon amour filial.*

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. H. MOURETTE

CHIRURGIEN CHEF DES HOPITAUX DE SAINT-QUENTIN
ANCIEN MÉDECIN-CHEF DE L'AUTO-CHIR. 8

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

OFFICIERS ET SOLDATS

DU 3^e RÉGIMENT D'INFANTERIE ET DU 3^e bis ZOUAVES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

P. CHIAPPINI.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage respectueux et
reconnaissant*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAUVIN

CHEF DE CLINIQUE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MADON

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Affectueux souvenir.

P. CHIAPPINI.

AVANT-PROPOS

En présentant ce modeste travail qui marque le couronnement de nos études médicales, notre esprit se reporte naturellement vers le passé. Insouciant et joyeux, nous vivions sans aucun souci du lendemain, quand tout à coup est venu s'abattre sur nous le plus effroyable des cataclysmes. Nous avons, de tout cœur, répondu à l'appel du Devoir et nous avons vécu cinq années de tourmente, toujours guidés par l'idée sainte de la patrie. Trop heureux si nous avons pu nous rendre utile. Heureux aussi d'être sorti sain et sauf de l'horrible carnage, avec l'immense joie que nous a procuré la victoire de nos armes. Nous avons vécu dans les émotions, dans les angoisses, dans les douleurs de la grande guerre; mais combien ont dû faire à la Patrie le sacrifice complet! Repose en paix, frère chéri, dans le vaste cimetière de Sondernach! Tu es tombé plein de bravoure et plein de foi; ton sacrifice n'a pas été vain. L'Allemand ne viendra plus fouler cette terre d'Alsace que tu as su lui arracher au prix de ta vie, ton souvenir sera pour nous toujours vivant; il nous fera aborder l'avenir avec courage, nous conseillera, nous éclairera, nous guidera. Nous n'aurons jamais assez de gratitude, de reconnaissance et de respect, pour tous ces sublimes héros, qui, comme toi, sont tombés pour la France. Vous avez dicté aux générations futures une conduite dont elles ne se départiront pas; vous leur avez légué vos tempéraments et vos

habitudes de cœur; votre âme, toujours pénétrera leur âme. Nous voulons croire que tant de sang, tant de larmes, tant de sacrifices, tant de deuils, n'ont pas manqué de rénover notre chère France et nous avons pleine confiance dans les destinées de notre immortelle Patrie.

Qu'il nous soit permis, au moment de quitter cette école, d'adresser à tous nos maîtres l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

Que Monsieur le professeur Forgue accepte ici tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse. Nous avons toujours vu en lui un clinicien profond et averti, un conseiller bienveillant et paternel. Monsieur le docteur Chauvin, chef de clinique de Monsieur le professeur Forgue, nous a inspiré le sujet de notre thèse; il nous a communiqué des observations personnelles et inédites. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance.

Nous adressons un salut cordial à tous nos camarades. Ce n'est pas sans ressentir une certaine tristesse que nous les quittons pour aller exercer notre métier dans notre Corse bien-aimée. Nous les convions à visiter l' « Ile de Beauté ». Combien nous serons heureux de faire admirer à ceux qui sont épris des beautés de la nature, tous les sites enchanteurs et les panoramas féériques que la nature s'est plu à prodiguer dans notre petite Patrie.

LES PLAIES DU RECTUM

PAR

PROJECTILES DE GUERRE

INTRODUCTION

La grande guerre (1914 1918), par sa violence et par les moyens perfectionnés de destruction mis en œuvre, a fourni de nombreux cas de plaies du rectum, plaies qui, jusqu'ici, avaient été bien peu étudiées. Les chirurgiens ont pu, après des tâtonnements, établir une thérapeutique rationnelle de ces plaies. Déjà en mars 1916, M. Couteaud avait présenté à la Société de chirurgie seize cas de plaies du rectum ; mais aucune décision n'a été prise. En février 1918, une discussion a été engagée à la même Société à la suite d'un rapport (au sujet de trente cas) de MM. Pierre Mocquot et B. Fey qui se déclarent partisans de l'anūs iliaque pour le traitement de ces plaies. Si M. Souligoux avait obtenu de bons résultats par la création d'un anus contre nature, par contre MM. Auvray, Quenu, Tuffier, Legueu, etc., ont pu, s'appuyant sur de nombreux exemples, déclarer que l'anūs iliaque devait être réservé seulement aux grands délabrements

et aux destructions de l'anus. Nous nous rangerons à leur avis. L'anus contre nature crée une infirmité bien pénible et d'ailleurs inutile. L'expérience a démontré amplement que le contact des matières fécales avec la plaie rectale n'a jamais donné lieu aux complications septiques que l'on aurait pu craindre. Laissant de côté les plaies de la portion péritonéale du rectum, plaies abdominales et qui relèvent par conséquent de la laparatomie, nous nous occuperons seulement des plaies de la portion sous-péritonéale, plaies pelviennes ou péri-néales. Nous aurons à dire un mot sur les plaies recto-urinaires, car on note la coexistence fréquente d'une plaie des organes urinaires, vessie ou urètre.

L'évolution des plaies du rectum vers la guérison spontanée se fait d'une façon très simple, malgré la gravité apparente des lésions. Ces faits semblent un peu surprenants et on était loin de supposer que de larges perforations intestinales soient susceptibles d'une guérison spontanée et en somme très rapide. Il est vrai que l'expérience qu'on avait des plaies du rectum avant la guerre était, du reste, très réduite.

HISTORIQUE

Les plaies du rectum par projectiles de guerre ne sont pas rares quoiqu'elles aient été peu étudiées.

Le document le plus important que nous possédions est dû à Otis ; *Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de Sécession*. La description d'Otis porte sur cent trois cas.

Un article de Sanitats Bericht (guerre de 1870-71) comprend trente-un cas.

Larrey cite deux cas, l'un observé pendant les journées de juillet, l'autre au siège d'Anvers.

On peut y ajouter : dix-huit cas simplement mentionnés dans la *Statistique médico-chirurgicale de la guerre d'Italie* (Chenu 1869) : vingt neuf cas simplement mentionnés dans le rapport du Conseil de Santé des armées pendant la guerre d'Orient (Chenu 1865) ; trois cas observés à Kelung dans la campagne de Formose. (Thèse de Montpellier, Barthélemy 1887) ; trois cas de M. le Professeur Nimier du Val-de-Grâce (campagne du Tonkin) cités par Quenu. (*Revue de chirurgie*, mai 1900).

Les médecins anglais et surtout William Mac-Cornac nous ont donné des observations très intéressantes de plaies du rectum pendant la guerre du Transvaal (1900).

On cite plusieurs cas de plaies du rectum par éclats d'obus pendant la guerre russo-japonaise (1904-1905).

Les Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie relatent quelques cas de plaies du rectum observés pendant la guerre des Balkans (1913). Aucune statistique d'ensemble n'a été faite pour la guerre 1914-1918, au sujet des blessures du rectum. On peut dire qu'elles ont été nombreuses.

M. Couteaud rapporte seize cas (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 21 mars 1916) pour lesquels il n'a jamais envisagé l'opportunité d'un anus artificiel.

M. Auvray a observé quatre cas qui ont guéri spontanément. MM. Mocquot et Fey rapportent trente cas. (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 6 février 1918) pour le traitement desquels ils ont employé l'anus iliaque artificiel de dérivation. Il existe de nombreux cas épars dans la littérature médicale de la grande guerre. Il nous est impossible de les rassembler ici. Nous signalerons aussi vingt cas de plaies vésico rectales signalées par M. F. Legueu. (Séance de la Société de chirurgie du 13 février 1918). M. Legueu confirme la curabilité spontanée des fistules vésico-rectales.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes sont variables suivant les dégâts faits par les projectiles.

La *douleur* n'a évidemment rien de caractéristique.

Un des premiers symptômes est l'hémorragie : l'écoulement peut se faire à la fois par les plaies cutanées et par l'anus. L'hémorragie peut être considérable ; mais, comme dans les plaies du rectum sous-péritonéal, le sang s'écoule par l'anus, elle est facile à reconnaître.

Souvent, on peut voir sortir par la plaie cutanée des matières fécales et des gaz.

Lorsque plusieurs organes sont simultanément atteints, les matières fécales peuvent s'écouler par l'urètre ; inversement l'urine peut passer par le rectum et être émise par l'anus.

Les plaies examinées au bout de peu de jours, se présentent en général, avec un mauvais aspect : le trajet incessamment inoculé en raison de la communication intestinale ne tarde pas en effet à devenir le siège d'une inflammation suppurative et gangreneuse.

Les complications infectieuses sont bien fréquentes et c'est du côté du tissu cellulaire qu'évoluent les accidents.

On peut observer les symptômes de la gangrène gazeuse et de l'emphysème dû au développement de gaz in situ.

Les bords des plaies cutanées sont mâchés, tuméfiés, d'aspect sphacélique, les plaies exhalent une odeur très fétide et livrent passage à de la sérosité louche et à du pus plus ou moins mélangé de matières fécales, parfois à des gaz et à de l'urine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les plaies du rectum par projectiles de guerre sont toujours complètes et se comportent différemment suivant qu'elles portent sur la région intra-péritonéale ou sur la région sous-péritonéale.

Nous avons laissé de côté les premières qui sont des plaies abdominales et relèvent par conséquent de la laparatomie.

Les secondes peuvent donner lieu à des phlegmons diffus du bassin et à des cellulites pelviennes.

Il y a presque toujours des lésions plus ou moins graves des organes voisins et le squelette est atteint dans beaucoup de cas. Il peut arriver que les projectiles traversent le bassin soit verticalement soit obliquement en passant par les trous ou échancrures naturelles, sans léser la ceinture osseuse. Les lésions concomitantes des organes voisins, urètre, prostate, vessie, sont très importantes comme éléments de diagnostic.

Quant aux plaies elles-mêmes, elles sont si variées et en général si irrégulières qu'elles échappent à toute description.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est très facile, surtout lorsque des matières fécales ou des gaz s'échappent par la plaie cutanée ou même par l'urètre. On peut retenir l'émission de sang par l'anus. Mais il est toujours bon de faire un examen local très attentif pour déterminer le siège exact des lésions : un doigt passé dans la blessure peut souvent rejoindre le doigt rectal.

PRONOSTIC

Le pronostic, en temps que plaies de l'intestin, est plutôt bénin que grave. Il est en tous cas, beaucoup moins grave que celui des plaies de l'intestin grêle. Le danger viendrait des phlegmons et des cellulites pelviennes qui peuvent facilement éclater dans les foyers anfractueux et septiques. On prévient ces accidents par un bon nettoyage opératoire et une antiseptie aussi rigoureuse que possible.

En général la guérison, quoique lente, s'opère spontanément, et l'on évite même les accidents éloignés qui pourraient en résulter : rectites, fistules stercorales, etc. accidents gênants, il est vrai, mais qui ne mettent nullement la vie en danger.

Le pronostic dépendra aussi des soins opératoires plus ou moins immédiats et de l'état de résistance du blessé à l'infection, sans oublier l'étendue et la gravité des lésions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Service de M. le professeur Forgue)

G... A..., vingt-deux ans, 147^e infanterie.

Entré, le 2 mai 1915, à l'hôpital 13, à Cètte.

Blessé, le 30 août 1914, à 3 heures du soir, à Audouville, par des shrapnells : une plaie, cuisse gauche, qui a rapidement guéri (seton). Une autre plaie, sous le rebord costal droit, à trois travers de doigt au-dessus et à droite de l'apophyse xyphoïde. Projectile resté sous-cutané et extrait. Guérison rapide.

Le troisième shrapnell a pénétré dans la fosse iliaque externe gauche, à sa partie postéro supérieure. Le premier pansement est fait à l'ambulance, le lendemain. Simple hémorragie. Transport à Rodez.

Le 3 septembre, à son arrivée, le pansement refait ; on le trouve souillé de matières fécales.

N'a jamais vomi, mais a eu des signes de péritonite qui ont nécessité, pendant quinze jours, l'application de glace sur le ventre. $T=38^{\circ}5$ maximum ; mais état général déplorable.

Peu à peu, les signes de péritonite rétrocedent : on supprime la glace ; mais la fistule pyostercorale persiste ; des matières fécales sont émises assez abondamment

pendant un mois et demi environ. Dès le début, constipation assez opiniâtre, qui oblige à provoquer les selles par des lavements.

L'orifice fistuleux n'émettant plus que du pus, ne s'est jamais tari, mais présente un écoulement d'abondance très variable.

A son entrée dans notre service, le 2 mai 1915 : appétit bon, langue propre, mais très souvent, une heure environ après le repas, regurgitations alimentaires par gorgées. Pas de vrais vomissements, pas de douleurs gastriques, pas de coliques. La constipation persiste. Le malade ne va à la selle qu'avec des lavements : matières fécales dures ; quelquefois, traces de sang rouge. Jamais de pus ni de méloëna. A l'examen, on observe à la partie postérieure et supérieure de la fosse iliaque gauche, à quatre travers de doigt en dehors de la ligne médiane et trois travers de doigt au-dessous de la crête, une cicatrice déprimée en entonnoir, large comme une pièce de 2 francs. Elle se termine au fond par un trajet fistuleux qui donne peu abondamment un pus jaunâtre, séreux, non fétide. La cicatrice est adhérente à l'os. A la palpation, la crête iliaque est régulière et continue. Dans la fosse iliaque interne, vers laquelle, au début, un drain allait vider un gros abcès, plus rien d'anormal ; la région est souple et dépressible.

Le stylet introduit aisément dans la fistule et à 5 centimètres environ, bute contre l'os iliaque, dénudé et esquilleux.

On décide une intervention pour esquillectomie. Seulement, un changement d'affectation ne nous a pas permis de suivre les résultats,

OBSERVATION II

(Docteur Chauvin)

B..., artilleur, est blessé, par une balle, à la fesse droite, le 12 juin 1918. Il arrive à l'hôpital Condé, à Chantilly, le 13 et est examiné, le 14, à 6 heures du matin.

Seton par balle antéro-postérieur, paramédian du bassin. L'orifice d'entrée siège à deux travers de doigt au-dessus du pli fessier et quatre centimètres environ en dehors de la ligne médiane du côté droit. Il est étroit, punctiforme et ne présente rien de particulier. L'orifice de sortie se trouve à l'extrémité interne de l'arcade crurale droite, au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal. Il est également punctiforme et apparemment aseptique. Bien que la radiographie ait montré une fracture esquilleuse de la branche descendante du pubis, nous n'opérons pas : il s'agit d'une plaie par balle ; les orifices d'entrée et de sortie sont étroits ; le siège paramédian permet d'espérer que le projectile n'a lésé aucun organe interne, d'autant plus que le blessé affirme n'avoir pas uriné de sang. Cependant, nous dit-il, il n'a uriné qu'une fois depuis sa blessure déjà ancienne de trente-six heures, et comme nous ne trouvons pas de globe vésical, nous gardons des doutes sur l'intégrité de la vessie.

Effectivement, le 15 au matin, nous trouvons le pansement souillé d'urine. Cette urine s'échappe par l'orifice d'entrée postérieur, le blessé restant couché sur le dos.

Nous mettons alors en place une sonde à demeure et nous prescrivons de l'urotropine. Nous n'intervenons encore pas, à cause de l'asepsie apparente des lésions et de l'écoulement postérieur des urines qui ne viennent pas souiller le foyer de fracture pubien. Nous faisons une demande d'évacuation sur un centre spécial d'urologie.

Le 16, des matières sont mêlées à l'urine qui s'est écoulée par la plaie postérieure en très faible abondance d'ailleurs.

En raison de la communication maintenant évidente avec le rectum, nous instituons des lavages vésicaux quotidiens avec une solution d'oxycyanure de mercure. De plus, nous débridons l'orifice d'entrée du projectile par lequel s'est établie la fistule stercorale et un gros tube de caoutchouc est mis en place à travers la plaie, mettant en communication la plaie rectale avec l'extérieur. La sonde à demeure a dérivé la plus forte partie des urines.

L'évolution est absolument satisfaisante et apyrétique, bien que les matières fécales soient venues souiller constamment la plaie. Les urines sont restées claires.

Lorsque l'autorisation d'évacuer nous arrive, le 24 juin seulement, la plaie antérieure est presque fermée et le blessé est apyrétique. Il n'y a jamais eu de phénomènes inflammatoires locaux graves, ni de poussée dans le cellulaire pulvien.

OBSERVATION III

(Docteur Chauvin)

F. C., 26 ans, entre à l'ambulance 1/66 le 3 octobre 1914 pour plaie de la fesse par balle.

A son entrée, nous constatons que le projectile a

pénétré dans la fesse gauche à sa partie haute et postérieure, à deux travers de doigt environ en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure. Il est ressorti à travers la fesse droite, vers l'extrémité du pli fessier. L'orifice d'entrée est punctiforme. L'orifice de sortie est au contraire éclaté et présente les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Les ordres abstentionnistes reçus et le défaut de matériel nous contraignent à une expectative absolue. Pansement sec après simple cautérisation à la teinture d'iode. La plaie pouvant avoir intéressé l'abdomen, le blessé est déclaré intransportable. Aucune réaction péritonéale. Pas de vomissements. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de 38°.

Le 6 octobre, nous sommes obligés de changer le pansement souillé par un suintement abondant. Nous constatons alors une fistule stercorale qui a donné d'ailleurs peu de matières. Les lèvres de la plaie sont souples ; aucun empâtement, aucun phénomène phlegmoneux.

Pansements quotidiens par la suite. Evolution assez régulière sans que jamais des phénomènes inflammatoires se soient manifestés sur les lèvres de la plaie, pas plus que dans le tissu cellulaire profond du bassin et de la fosse iliaque. A peine a-t on observé pendant deux jours une dysurie légère qui n'a jamais cependant obligé à sonder le blessé.

Le 15 octobre, le blessé est évacué avec une fistule stercorale persistante. Sa plaie bourgeonne et a bon aspect.

OBSERVATION IV

(Service de M. le professeur Forgue)

G. Antoine, 240^e infanterie.

Entré le 5 juillet 1915, pour fistule stercorale.

Blessé le 25 août 1914, à Etain, par une balle de fusil. Orifice d'entrée à la partie postérieure et supérieure de la fosse iliaque externe gauche, à quatre travers de doigt à gauche de la colonne vertébrale et trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure. Orifice de sortie dans la fesse droite à 4 cm. au dessus du pli fessier, à 6 cm. à droite du pli interfessier.

Resté deux jours sans pansement.

Premier pansement à Verdun : on s'aperçoit déjà que des matières fécales s'écoulent par la plaie. Le 12 septembre, le blessé était relativement en bon état, mais, conservant sa fistule, est évacué.

N'a jamais eu de signes de péritonite.

A son arrivée, à Montpellier, il parait que l'orifice d'entrée est presque guéri.

L'orifice de sortie, large comme une petite paume de main, coule abondamment, donnant du pus et des matières fécales.

On fait au blessé des lavages avec la sonde rectale introduite par l'anus. Le liquide poussé lentement, ressort par la plaie de sortie. Inflammation très vive des parties molles, érythème autour du trajet. Peu à peu une poche se forme à la face postérieure du sacrum, dans laquelle s'accumulent, à chaque pansement, les liquides

d'injection et qu'il faut chaque fois vider par compression directe.

Au mois de décembre, les téguments s'enflamment au niveau de cette collection qui s'ouvre au début de janvier par un trajet fistuleux. Dans le courant du mois trois autres fistules s'ouvrent vers la base du sacrum et à la partie tout postérieure de la fosse iliaque droite.

Ecoulement abondant de pus par les divers trajets fistuleux, de matières fécales par l'orifice de sortie. Lentement, tous ces trajets se ferment. En fin mai, il ne persiste plus que l'orifice de sortie de la balle, presque obturé, donnant comme une fistule du pus et encore des matières.

Cette fistule se rétrécit lentement. Les matières, depuis le début de juin, ne passent plus à l'état normal. Mais si le blessé se purge, les matières liquéfiées reparaissent. Il y a quinze jours, un lavement pris, est ressorti par le trajet.

Le 5 juillet, le malade entre à l'Hôpital Suburbain.

A l'examen, le blessé présente, au niveau du sacrum, vers sa base et à la partie postéro-supérieure de la fosse iliaque droite et gauche, cinq cicatrices pigmentées de fistules anciennes. Au bas de la fosse droite, à quatre travers de doigt au-dessus du pli fessier et à trois du pli interfessier, une large cicatrice de dimensions égales à une pièce de cinq francs, pigmentée, parcourue de brides fibreuses. A sa partie inférieure, un trajet fistuleux qui donne peu abondamment du pus et pour le moment pas de matières fécales.

Le 5 août, le blessé sort. Ne conserve plus qu'au niveau de l'orifice de sortie une fistulette très peu importante, donnant quelques gouttes de pus à peine. Le stylet introduit ne sent pas de sequestres.

OBSERVATION V

(Personnelle. Ambulance 14/2 à Meaux)

Henri L..., vingt-sept ans, sous-officier au 3^e *bis* régiment de zouaves. Blessé dans la nuit du 5 au 6 juin 1918 à Glène.

Entré le 7 à l'ambulance 14/2 à Meaux pour plaie de la région sacrée par éclat d'obus, après avoir passé près de vingt-quatre heures dans une ambulance où seulement un nettoyage sommaire avait été pratiqué.

L'orifice d'entrée du projectile se trouve à gauche et au niveau du sommet du sacrum. La plaie exhale une odeur fétide et laisse écouler un liquide louche mélangé à des matières fécales ; des gaz s'échappent également de la plaie dont les bords ont mauvais aspect.

L'opération est pratiquée quelques instants après l'arrivée du blessé. On peut constater que le projectile a fracturé le sommet du sacrum.

Les bords de la plaie sont excisés et le foyer de fracture nettoyé. Plusieurs esquilles sont enlevées ; la plaie est rendue aussi nette que possible. Le doigt passe facilement et pénètre dans le rectum. La plaie est nettoyée à l'éther et pansée à plat. Le blessé est placé sur son lit dans le décubitus latéral.

Le pansement est fait tous les jours ; il est plus ou moins souillé. Le trajet est nettoyé avec de l'eau oxygénée dédoublée et comblé avec une mèche imbibée d'éther iodoformé.

Le blessé est constipé avec de l'opium.

La température du blessé n'a jamais dépassé 37°6.

Au bout de quatorze jours, les matières fécales s'écou-
lent correctement par l'anus ; rien ne passe plus au
travers de la plaie cutanée, qui est très belle

Evacué sur une autre formation, le blessé a écrit à M.
le Médecin-chef deux mois après ; il ne se plaignait
d'aucun trouble de la défécation. Tout au plus ressentait-il
par moments, une douleur « très légère » dans la région
sacrée.

TRAITEMENT

On peut être appelé à soigner une plaie du rectum par projectiles de guerre à des époques différentes : soit quelques heures après la blessure, soit beaucoup plus tard alors que des accidents septiques se sont déjà déclarés.

Dans la grosse majorité des cas, le traitement comporte trois indications principales :

1° Le traitement de la plaie des parties molles et du squelette.

2° Le traitement de la plaie du rectum par la mise à plat du foyer traumatique, suivie du tamponnement de la plaie rectale.

3° La constipation du blessé.

S'il s'agit d'une petite plaie et de date récente, on pourrait tenter une suture, après un nettoyage soigné. Mais, comme en général, il s'agit de plaies déjà souillées, toute suture sur la perforation rectale est irréalisable : la friabilité des tissus sphacelés qui entourent la plaie et — s'il s'agit d'une plaie ancienne — les bords de la plaie, formés d'un tissu fibreux et inextensible, ne permettent pas le rapprochement.

Ce sont surtout les phlegmons et les cellulites pelviennes qui font le danger des plaies de la région sous-

péritonéale du rectum. On en prévient le développement par un débridement du rectum et de l'anus aussi large que possible. Cette ouverture large, cet étalement du rectum met plus à l'abri des cellulites pelviennes et des diffusions gangreneuses que l'anus iliaque. Tout au plus pourra-t-on réserver celui-ci aux destructions de l'anus car celles-ci entraînent un retrécissement avec une oblitération qui obligerait à pratiquer une colostomie.

Il n'est pas douteux que l'indication soit d'assurer aux liquides septiques le plus large écoulement possible. Le débridement des plaies, la désinfection des foyers, — le drainage de la vessie par le cathétérisme à demeure, si la vessie est intéressée — le libre écoulement des matières par l'anus, voilà ce qu'il paraît rationnel de réaliser.

Ces plaies s'accompagnent presque toutes de lésions intéressant le squelette sacro-coccygien. Il suffira donc de transformer la plaie irrégulière, anfractueuse, en une plaie nette, débarrassée de toutes les esquilles. En faisant la plaie aussi nette que possible, en libérant la perforation rectale de tout ce qui pourrait empêcher le rapprochement des bords de l'orifice, on favorisera purement et simplement le travail de réparation spontanée de la nature.

Abandonnée à son évolution naturelle, la perforation intestinale se comble facilement par rapprochement et envahissement progressif des bourgeons charnus. Les cas de date récente tendent plus facilement vers la guérison spontanée de la perforation rectale. Dans les lésions anciennes, les tissus fibreux ne permettent pas l'affaissement du rectum et maintiennent l'orifice béant et le rectum collé au squelette.

Et dans aucun cas, on n'aura recours à l'anus contre nature de dérivation. Les opérés sont placés dans la position qui paraît favoriser le moins possible l'issue des matières intestinales : soit dans le décubitus latéral, soit à plat sur le ventre. Ils sont en outre soumis à un régime spécial et constipés à l'aide de doses d'opium ; la constipation du blessé est un adjuvant indispensable.

L'analyse des faits observés nous semble prouver suffisamment que les plaies rectales peuvent évoluer naturellement vers la guérison spontanée, surtout quand elles sont de date récente.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHÉLEMY. - Trois cas de blessures du rectum par les armes à feu. (Thèse de Montpellier, 1887.)
- BAUDENS. — Plaies par armes à feu (1836).
- BÉGIN. — Nouveaux éléments de chirurgie et médecine opératoire (1838).
- British medical Journal.* — Habgood, 1887.
- Guerre du Transvaal (1899-1900).
- CHAUVEL et NIMIER. - Traité de chirurgie de guerre (1890).
- CHENU. — Rapport sur la guerre de Crimée.
- Rapport sur la guerre d'Italie.
- GILETTE. — Remarques sur les plaies par armes à feu, observées au siège de Metz (1870) et à celui de Paris (1871). (Archives générales de médecine, 1878.)
- LEGOUEST. — Chirurgie d'armée (1872).
- NIMIER. — Relation de la campagne du Tonkin et de Formose (1883-1884-1885).
- Sanitäts Bericht.* — Statistique médicale de la guerre 1870-71.
- MAC-CORNAC. — Notes sur la guerre sud africaine. (The Lancet, 1899-1900.)
- QUÉNU. — Revue de chirurgie, mai 1900.
- VEAU. — Plaie pénétrante du rectum et de la vessie par éclat d'obus. (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 23 février 1915.)

COUTEAUD. — Des plaies du rectum. (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 21 mars 1916.)

DELORME. — Traité de chirurgie d'armée.

QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum.

MOCQUOT (Pierre) et FEY (Bernard). — Les plaies du rectum par projectiles de guerre. (Revue de chirurgie, 1918.)

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 11 décembre 1919
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 11 décembre 1919.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
